Istituto di Clinica Medica generale della R. Università di Parma
direttore A. RIVA

ALCUNI CASI

DI

FEBBRE GLANDOLARE A LUNGO DECORSO

NOTA CLINICA

DEL

Dottor MARIO VARANINI
aiuto

Estratto dal *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche* - Anno XXVIII - 1906)

NAPOLI
LIBRERIA DETKEN & ROCHOLL
Piazza Plebiscito
1906

Istituto di Clinica Medica generale della R. Università di Parma
direttore A. RIVA

ALCUNI CASI

DI

FEBBRE GLANDOLARE A LUNGO DECORSO

NOTA CLINICA

DEL

Dottor MARIO VARANINI
aiuto

Estratto dal *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche* - Anno XXVIII - 1906)

NAPOLI
LIBRERIA DETKEN & ROCHOLL
Piazza Plebiscito
1906

Non è della febbre glandolare descritta pel primo, se ben ricordo nel 98 da Pfeiffer nei bambini ed illustrata poscia da molti altri, di cui intendo trattare in questa breve nota. Essa è malattia essenzialmente acuta, accompagnata da febbre alta e viva dolorabilità alle glandole compromesse, generalmente quelle del collo, che in breve si risolve senza lasciare alcuna traccia, quando non dia luogo a complicanze a carico di altri organi e fra questi al rene come accade più di frequente.

Quella cui intendo riferirmi è invece malattia essenzialmente cronica, a lungo, talvolta a lunghissimo, decorso, accompagnata da febbre continua, colpisce in generale gli adulti e come la prima predilige le ghiandole del collo le quali restano per lunghissimo tempo ingrossate, dure, indolenti. È quella febbre glandolare che Bozzolo annovera fra le febbri di origine nascosta ed è appunto per portare un contributo alla questione della loro origine che trovo non inutile richiamare l' attenzione sui seguenti casi.

M..... Romea sarta d'anni 20 da S. Benedetto Po.

Nel gentilizio un fratello scrofoloso e una sorella sofferse di adeniti cervicali ora guarita. Nulla nell'anamnesi remota all'infuori di turbe anemiche e irregolarità nelle mestruazioni.

Nell' agosto del 904 si iniziò la attuale malattia con diminuzione delle forze e dell'appetito, brividi verso sera saguiti da senso di calore sudori notturni qualche raro colpo di tosse senza escreato, qualche dolore vagante al tronco, qualche turba intestinale. In breve fu obbllgata al letto con febbre alta, ritenuta, al dire della paziente, dapprima come malarica poi come tifoide, accompagnata sempre da qualche colpo di tosse senza esercato, qualche dolore addominale, stitichezza ostinata, talvolta diarrea. Nell'ottobre ricoverò in un ospedale del Mantovano ove rimase oltre un mese senza ricavarne alcun giovamento, anzi in questo tempo notò come si andassero tumefacendo lentamente le glandole ai lati del collo senza che ella localmente provasse alcun disturbo, e tale tumefazione andò sempre estendendosi ed aumentando sino ad assumere l'attuale volume, continuò ad avere sempre febbre più o meno elevata, dall'inizio della malattia non comparvero più mestruazioni, diminuì di 20 kg.

L'esame dello sputo praticato da noi parecchie volte in questo periodo di tempo fu sempre negativo per i bacilli di Koch.

Entra in Clinica il 10, 5. 905.

Di notevole all'esame obiettivo: lieve pallore della cute; mucose rosee; nutrizione scadente; palpabili i gangli ascellari ed inguinali, questi ultimi a sinistra raggiungono la grossezza varia da un pisello ad un grosso fagiolo, duri, poco mobili, indolenti; non edemi nè esantemi; Capo nulla; Collo si mostra ingrossato specie nella sua parte alta dietro l'angolo delle mandibole; si rilevano alla palpazione grossi ammassi glandolari particolarmente voluminosi nella parte alta tra la mandibola e la mastoide dove talune presentano un diametro non inferiore a 5-6 cent., di quì scendono, diminuendo man mano di volume, in basso e anteriormente sotto l'angolo della mandibola e seguendo lo sterno-mastoideo fino alla fossa sopraclaveare dove sono più numerosi e più manifesti a sinistra che a destra, anzi la fossa sopra clavicolare di sinistra appare pianeggiante e alla palpazione come riempita di dette glandole. Queste si mostrano tutte di superficie irregolare, uniformemente dure, abbastanza spostabili e perfettamente indolenti; null'altro di notevole al collo. Al torace si rileva soltanto: Anteriormente nella fossa sotto clavicolare di destra e sulla clavicola nei suoi due terzi esterni un suono di percussione un po' più alto e più corto della norma e coll'ascoltazione lieve asprezza di respiro e talvolta qualche lieve sibilo; posteriormente pure a destra suono di percussione più alto che di norma nella fossa sopraspinosa dove all'ascoltazione il respiro è lievemente aspro, nello spazio scapolo-vertebrale di destra all'altezza della spina della scapola qualche lieve sibilo; a sinistra alla base sull'ascellare posteriore coll'ascoltazione nell'inspirazione profonda qualche piccolo crepitio non sempre nettamente avvertibile verisimilmente dato da asprezza delle superfici pleuriche. Nulla al cuore, addome nulla di abnorme all'infuori di una resistenza della parete alla palpazione maggiore di ciò che avviene di norma, e lieve dolentezza nella fossa ileo-cecale. Stomaco, fegato e milza in posizione e limiti normali.

Esame del sangue: Hb, 65. Emazie 4000,000, globuli bianchi quantità normali, mononucleati 18 %, eosinofili 2 %.

Esame delle urine: Nulla altro che: urobilina visibile ad 1 cent. colla diluzione di $^1/_{30}$, urea 33,66 ‰ indacano evidente. Nulla nel sedimento.

Feci, poltacee, molti cristalli di acidi grassi e qualche cristallo di saponi, fibre carnee indigerite, non ova di elminti.

Esame dello sputo ripetutamente praticato, negativo per i bacilii di Koch.

Durante la degenza la temperatura che nelle ore antimeridiane oscillava nei limiti normali, nel pomeriggio saliva a 37°8 e 38°. Polso oscillava tra 88-108. La tosse si fece poi insistente, sempre con scarso escreato, soggettivamente la paziente sentivasi peggiorata, quando il 19 per la prima volta lo sputo si trovò positivo, contemporaneamente la temperatura ebbe elevazioni maggiori fino a a 38 9. e si accentuarono i fatti obiettivi al torace di destra e qualche sibilo e rantolo comparve pure a sinistra Il 29 maggio l'ammalata volle abbandonare la Clinica.

Per informazioni chieste al paese di residenza si sa che la inferma morì il 19 ottobre di tubercolosi pulmonare.

Tonino P..... d'anni 19 da Parma.

Derivazione buona, nulla nella eredità, padre affetto da insufficienza aortica.

Da bambino ebbe una affezione caratterizzata da attacchi convulsivi accompagnati da febbre, vomito e stitichezza ostinata, fu allora posta la diagnosi di meningite (?). Crebbe pallido e gracile fino ai 15-16 anni epoca in cui raggiunse ottimo sviluppo, così che sanissimo abbandonò l'autunno del 1903 la famiglia e l'Italia a scopo di studio.

Trovandosi a Schieres nella Svizzera al principio della seconda metà

del dicembre 1903 scriveva a casa come senza causa nota e senza alcun disturbo rilevabile avesse avvertito al lato sinistro del collo il costituirsi di una tumefazione indolente, dura poco mobile occupante tutta la regione sinistra del collo dallo spazio compreso fra l'angolo del mascellare inferiore e la mastoide e scendente in basso fino alla fossa sopraclavicolare. Tale tumefazione come egli seppe dal medico del luogo era costituita da ammassi glandolari che erano venuti sempre crescendo sino ad assumere la proporzione di un grosso pugno senza recare alcun disturbo all' infuori di senso di noia. Tale stato di cose perdura invariato fino al 6 di aprile, quindi quasi quattro mesi, la famiglia però in tale periodo avendo ricevuta una fotografia dell'ammalato nota un forte deperimento per cui già se ne sentiva allarmata.

Intorno al 6 di aprile, improvvisamente, senza alcuna causa che un lieve infreddamento, insorse febbre che lo obbliga al letto, la temperatura oscilla fra i 37°5 e 39°6, accompagnata da cefalea lieve, scarsi sudori ora diurni ora notturni e nessun altro disturbo soggettivo.

Continuando la febbre invariata salvo qualche remittenza ora mattutina ora serotina, il 5 maggio la famiglia si recò a prendere l'ammalato per ricondurlo a casa e seppe dai medici come prima avessero sospettata una tifoide e da ultimo ritenessero trattarsi di tubercolosi polmonare.

Le notizie successive le ho avute in massima parte dal Prof. O. Ughi, direttore della nostra clinica medica propedeutica, il quale ricevette l'ammalato in cura al suo arrivo in Parma, ed al quale esprimo il mio grato animo, ed in parte dal mio maestro Prof. Riva che ebbe occasione di vederlo parecchie volte in consulto.

All'arrivo presentava: profonda anemia, deperimento notovole, febbre che oscillava intorno ai 40° che scompariva per poche ore per riaccendersi poi accompagnata da brividi di freddo, l' appetito si manteneva ottimo, nessun disturbo gastrointestinale. Al collo si notava un pacco di glandole in un sol corpo della grossezza fino ad un pugno, a superficie irregolare, indolenti, che occupavano, come si è già detto, la reg one laterale sinistra del collo fino alla fossa sopraclavicolare, nella cute non si rilevava nè rossore nè differenza nella temperatura. Al torace suono di percussione smorzato nella regione sottoclavicolare sinistra forse per la presenza delle grosse glandole, all' ascoltazione dell'apice destro espirazione prolungata e a tutto il torace talvolta più talvolta meno accentuati fatti di catarro bronchiale diffuso, questi apparivano più evidenti pare quando si accendeva la febbre. Null'altro di notevole all'esame degli altri organi.

Nulla all'esame delle urine e delle feci, l'esame dello sputo fatto ripetute volte fu sempre negativo per i bacilli di Koch, nulla all'esame del sangue dove il rapporto fra emazie e globuli bianchi non usciva dalla norma, negative pure le culture del sangue stesso.

I fatti pressochè invariati si mantennero per tutto il maggio e giugno, la temperatura salvo qualche remissione di breve durata raggiungeva sempre i 39° e 40°, l'obiettività si manteneva invariata salvo un lento graduale deperimento delle condizioni generali. Nel giugno venne tentata coll'ago di Pravaz una puntura profondamente attraverso il parenchima delle glandole tumefatte senza riuscire ad avere alcuna goccia di liquido a scopo di esame.

Venne consigliata la residenza in campagna dove l'ammalato si recò tosto e dove dopo breve tempo fu notata una diminuzione di intensità ed una minor durata dell' accesso febbrile che ai primi di agosto poi scomparve totalmente per non riapparire più.

Le condizioni generali andarono allora rapidamente migliorando e così pure con grande rapidità migliorarono lo stato di nutrizione e l'anemia.

Due mesi dopo, cioè nel settembre, l'ammalato affermava di sentirsi completamente ristabilito, però le glandole non si ridussero e si mantennero sempre dure e indolenti.

Nell'ottobre l'ammalato si presenta nuovamente al Prof. Ughi il quale riscontra, oltre le tumefazioni glandolari del collo che persistono ancora, una raccolta in corrispondenza della seconda costola sinistra in prossimità del manubrio dello sterno. Raccolta abbastanza copiosa che fu aperta dal chirurgo, col contenuto dell'ascesso furono da noi in clinica praticate iniezioni nel peritoneo di alcune cavie ed il reperto fu positivo per la tubercolosi.

Del resto anche ora il giovanotto sta benissimo, è florido e non accusa nessun disturbo.

Riassumendo nella prima osservazione complessivamente si ebbe per sette mesi febbre remittente accompagnata da sola tumefazione alle glandole cervicali, nella seconda invece per tre mesi si ebbe solo tumefazione glandolare senza alcun altra manifestazione, successivamente questa fu per quattro mesi accompagnata da febbre remittente, sinchè scomparsa questa si ebbe dal contenuto dell'ascesso formatosi alla regione antero-superiore del torace, la prova biologica della tubercolosi, mentre nella prima si ebbe la fine per tubercolosi polmonare.

Oltre questi due casi un terzo ne potrei ricordare che ebbe occasione di seguire il mio Maestro Prof. Riva in una signorina di Milano la quale, dopo un lunghissimo periodo febbrile di diversi mesi, durante i quali vennero poste le più differenti diagnosi: tubercolosi polmonare, intestinale, polmonare, ecc. con nessuna altra manifestazione morbosa all'infuori di tumefazioni glandolari al collo, venne a guarigione che perdura tutt'ora.

Queste tre osservazioni volli brevemente ricordare perchè mi parvero di non lieve interesse per lo studio delle febbri di origine nascosta e fra queste più particolarmente di quelle che vanno sotto il nome di febbri glandolari.

Ben disse il Maragliano essere quella delle febbri criptogenetiche « una entità morbosa artificiosamente creata » la quale in ultima analisi non può che coprire la nostra scarsa conoscenza e la insufficienza dei nostri mezzi da indagine ed invero una riprova di ciò noi la possiamo trovare in questi tre casi che io sono venuto ricordando.

Nei due primi infatti si ebbe la dimostrazione e per l'esito finale nell'uno e per il reperto sperimentale nell'altro come si trattasse di una vera e propria forma di tubercolosi. Da ciò la non ingiustificata convinzione che da gran tempo esiste nella nostra scuola che in tutti quei casi di febbri continue intermittenti di lunga durata con sole manifestazioni gtandolari, generalmente al collo, abbia a trattarsi in realtà non di febbre di origine nascosta, ma di vera tubercolosi glandolare, forme che hanno sempre un decorso lunghissimo, generalmente benigne, di esito fausto, come nella seconda e terza osservazione, salvo quei casi fortunatamente rari in cui segue una localizzazione ad organi interni, come avvenne nel primo.